

Duplicate

Genève
Lancet Medical Lib

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
INSTITUT DENTAIRE — Professeur Dr A. VEYRASSAT

PYORRHÉE ET CANCER

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

par

William RIESEN

Médecin-dentiste à Nyon

Thèse N° 65

VILLARD & RABOT, IMPRIMERIE CENTRALE, GENÈVE
17, boulevard James-Fazy, 17
1929

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
INSTITUT DENTAIRE — Professeur Dr A. VEYRASSAT

PYORRHÉE ET CANCER

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

par

William RIESEN

Médecin-dentiste à Nyon

VILLARD & RABOT, IMPRIMERIE CENTRALE, GENÈVE

17, boulevard James-Fazy, 17

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PYORRHÉE ET CANCER

Prima digestio fit in ore
(Ecole de Salerne)

AVANT-PROPOS

Chacun connaît cette allégorie frappante de la fable de La Fontaine « Les membres et l'estomac » :

... Par ce moyen les mutins virent
Que celui qu'ils croyaient oisif et paresseux,
A l'intérêt commun contribuait plus qu'eux...

qui montre une harmonie merveilleuse entre les différentes parties du corps, principe du reste fort antique et que le prince des philosophes, Pythagore, avait déjà mise en pleine lumière.

Il faut reconnaître que la médecine a attendu l'époque contemporaine pour accepter cette évidence et concevoir « l'organisme humain comme un tout unique divisible seulement en parties pour l'opportunité des études, mais se rejoignant ensuite en une synthèse commune, logique conséquence de l'analyse ».

Dans l'état actuel des sciences, où tant d'hypothèses se posent encore à l'esprit d'investigation de médecins et de chirurgiens éminents, le stomatologiste a une situation vraiment privilégiée par le fait qu'il est amené, de par sa pratique quotidienne, à ne laisser

dents et supprimer l'alcool, c'est arriver un jour à la suppression des sanatoria » et nous pouvons corroborer cette pensée par la prophétie d'un autre savant contemporain, Ch. Mayo, qui affirmait il y a quelques années que « la prochaine grande étape du progrès dans la médecine préventive serait faite par les dentistes ».

LA PYORRHÉE

Si la carie dentaire joue un rôle de tout premier plan dans la pratique quotidienne du dentiste, la pyorrhée ne lui cède en rien par les conséquences désastreuses auxquelles elle peut conduire.

Cette affection dont les débuts semblent souvent anodins, mais dont la marche insidieuse mène à une déchéance certaine de la dentition la plus saine, mérite donc d'être traitée comme toute maladie de caractère infectieux. Si, en effet, les médecins ne la considèrent que comme chose courante et par là même banale, et pour cette raison ne s'en préoccupent guère, le dentiste, lui, ne saurait la traiter avec assez de sérieux.

Qu'en est-il donc de cette pyorrhée ? Nous n'en referons pas l'histoire : on sait que depuis Fauchard qui, en 1746, en donna une première description, nombreux sont les travaux qui traitent de cette matière, sans l'avoir épuisée, puisque de nos jours encore la question reste ouverte.

Pour ce qui nous intéresse spécialement, nous retenons en premier lieu ceci : L'agent primordial de la pyorrhée est à notre point de vue le tartre, dont l'action irritative amène un ramollissement, puis un décollement de la gencive. Il va sans dire que tout autre corps étranger (prothèse défectueuse, poils de brosse, débris alimentaires, tabac, etc.) peuvent produire les mêmes effets que le tartre. La maladie déclenchée, par une des causes ci-dessus mentionnées, va suivre son cours. Le milieu lui est du reste propice. La bouche n'est-elle pas le réceptacle d'une foule de microbes. Et de quelle virulence ! Les culs-de-sac gingivo-dentaires provoqués par le décollement leur seront un repaire confortable où ils pourront pulluler à leur aise, plus particulièrement sur des individus qui présentent des prédispositions constitutionnelles.

L'infection gagnant de plus en plus atteint finalement l'apex. Toute cette région en augmente le volume « avec prolifération des vaisseaux sanguins et augmentation des espaces lymphatiques », phénomène conduisant à une résorption progressive de l'alvéole et de la dent. Tels sont les effets macroscopiques que nous pouvons observer. Mais il y a en outre tout un ensemble de faits microscopiques du plus haut intérêt dans la question qui nous occupe. Malassez dit à ce propos : « Il y a lieu de remarquer que le bourgeonnement épithélial profond de la muqueuse gingivale est très marqué au voisinage de la dent et y produit des effets tout particuliers. On voit, en effet, cet épithélium s'infiltrer, s'enfoncer comme un coin entre la racine et les tissus alvéolo-dentaires enflammés, sapant ce qui peut rester des insertions du ligament sur le ciment, et comme il se trouve en ces régions, plus que partout ailleurs, protégé contre les causes de destruction et de desquamation, il peut s'y développer tout à son aise. Il se dispose en revêtement ; or, comme la partie qui représente les couches épithéliales superficielles se trouve à côté de la dent, on la voit se détacher de celle-ci tout en restant adhérente à la paroi alvéolaire enflammée qui lui sert de substratum ».

A leur tour, Frey et Ruppe remarquent qu'il se forme ainsi un fossé profond autour de la racine, d'où ces décollements si caractéristiques. La membrane périodentaire a donc disparu depuis les fibres du ligament annulaire jusqu'au fond de la poche. Au delà, elle est légèrement infiltrée ; plus profondément, on retrouve la structure normale. Les nombreux éléments épithéliaux de Malassez semblent jouer un rôle purement passif. Exceptionnellement, ils peuvent dévier vers le type néoplasique (Galippe).

DU CANCER

Ce que l'on sait des origines du cancer est aujourd'hui encore extrêmement aléatoire. Dans la question que nous avons à traiter, nous pouvons affirmer d'emblée que l'hérédité n'entre pas en ligne de compte, tout au plus peut-on considérer certaines affections organiques héréditaires créant un milieu propice à certains néoplasmes bénins ou malins (angiomes, molluscomes, lipomes).

Seule, la recherche des causes locales offre pour nous un intérêt sérieux.

La première question qui se pose est la suivante : Le cancer est-il d'origine traumatique ou microbienne.

Traumatisme ? — Un tel rôle a longtemps été accepté ; en fait le trauma paraît n'être qu'une cause occasionnelle. Indéniablement, l'influence jouée par des lésions chroniques inflammatoires préexistantes (pyorrhée) est de toute importance : elles peuvent en effet provoquer la formation d'un néoplasme pouvant demeurer à l'état bénin, ou atteindre aussi une réelle malignité (sarcome).

Les observations relatées au chapitre « Pyorrhée et Cancer » montrent suffisamment que le développement du processus tumoral se produit exactement au niveau d'une lésion infectieuse en cours d'ulcération ou de suppuration, même si cette lésion est plus ou moins cicatrisée ; et, entre autres, les leucoplasies des muqueuses buccales sont d'une extraordinaire fréquence, ce qui prouverait un délabrement déjà excessif de la dentition (chicots).

Origine microbienne ? — Certains auteurs affirment actuellement que c'est là l'unique origine du cancer. Telle est par exemple l'opinion du Dr Heyninx, agrégé de l'Université de Bruxelles, dont les travaux dans ce domaine sont très remarquables.

« Le cancer, dit-il, est dû à un microbe intra-cellulaire qui nous vient des végétaux crus alimentaires et du tabac ».

C'est là du reste une opinion que l'on ne peut encore, dans l'état actuel de nos connaissances, accepter sans certaines réserves.

Dans le même ordre d'idées, (irritation locale) il est intéressant de relever ici l'opinion d'un illustre publiciste, Léon Daudet, médecin à ses heures : « Les tissus sains sont attaqués, et littéralement dévorés, par un principe hyperviolent, — diastasique, disent les uns, microbien, disent les autres, — indice d'une vive irritation, d'un véritable délire furieux de la cellule ».

Qu'on nous permette de rappeler à ce propos que Virchow, le fondateur de la pathologie cellulaire, rangeait au nombre des tumeurs les lésions tuberculeuses, morveuses et syphilitiques, que l'on place maintenant parmi les lésions infectieuses par excellence.

Ne peut-on donc pas admettre l'existence d'un agent pathogène microbien qui serait à la base de cette nouvelle conception du cancer ? Un jour viendra sans doute où le microscope nous révélera sa cause déterminante, — microbienne peut-être.

D'autre part, les récents travaux des Docteurs Gye et Barnard, qui font époque dans la question qui nous occupe, tendent à nous démontrer aussi que le cancer est une maladie spécifique causée par un microbe ou un groupe de microbes.

Gye affirme ce qui suit : Expérimentalement, le microbe seul est inactif ; un second facteur spécifique, qu'on peut obtenir par biopsie de la tumeur, brise la défense de la cellule et permet au microbe d'agir. Dans des conditions normales, une irritation continue peut alors provoquer l'infection.

Après étude de 112.801 cas de cancer, Steadman les divise en trois classes :

Classe I : Cas intéressant le canal digestif et ses annexes : 71.559, soit 63.2 %.

Classe II : Cas intéressant les organes génitaux : 29.386, soit 26,05 %.

Classe III : Cas intéressant les autres parties du corps : 11.856, soit 10,52 %.

Ce tableau prouve à l'évidence, selon cet auteur, que le cancer attaque de préférence les voies digestives et, ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est que Steadman met à l'origine de cette première classe de cancers « la pyorrhée alvéolaire ».

RELATION ENTRE PYORRHÉE ET CANCER

D'après ce qui précède, on peut constater que les inflammations chroniques peuvent affecter n'importe quelle partie du corps, aussi bien les parties en surface que celles en profondeur, mais en communication avec un orifice.

Si nous cherchons à déterminer l'état de la bouche des patients atteints de cancer, c'est qu'il nous paraît des plus probable que la déglutition constante de matières infectées provoque forcément une inflammation chronique des parties aéro-digestives supérieures.

Cette opinion est partagée par Heyninx qui déclare en effet ce qui suit :

« Depuis plusieurs années, mon attention fut cliniquement attirée par une association habituelle du cancer des voies aéro-digestives supérieures avec la gingivite tartrique gris verdâtre et fétide, et avec la pyorrhée alvéolo-dentaire. »

A l'appui de cet énoncé, l'auteur montre un cancéreux de l'amygdale dont les dents présentent de la pyorrhée alvéolo-dentaire, avec un enduit gris verdâtre sur les dents. Depuis plus de deux ans, l'auteur n'a pas vu un seul cas de cancer des voies

aéro-digestives qui ne présentât cette pathologie gingivo-dentaire, à moins que la disparition spontanée et chirurgicale des dents n'empêchât de faire cette constatation. Les assistants de l'auteur, à l'Hôpital Brugmann, en furent chaque fois les témoins. On peut en arriver à se demander s'il n'existe pas une corrélation de cause à effet entre ces deux affections : et, si l'on considère que l'amygdale est aussi un ganglion lymphatique par ses follicules clos, on peut se demander si le cancer de l'amygdale n'est pas déjà une adénite cancéreuse, secondaire à une affection primaire ou autre. Cette affection gingivale primaire pourrait être microbienne ou bien néoplasique elle-même.

Microbienne. elle produirait une irritation chronique des voies lymphatiques qui irriterait les follicules lymphatiques clos de l'amygdale, d'où tendance hyperplasique de l'élément épithélial de la muqueuse qui recouvre ces follicules amygdaliens.

Néoplasique, elle produirait une métastase ganglionnaire dans l'amygdale. Qui sait si la salive infectée par les gencives et les dents, puis avalée, n'apporterait pas le virus dans la gorge et jusque dans l'œsophage ?

Heyninx fait les constatations suivantes :

I. Dans la pyorrhée alvéolo-dentaire, les culs-de-sac gingivo-dentaires se garnissent de nids épithéliaux identiques à ceux des néoplasmes, et cette affection peut même se compliquer de carcinose généralisée.

II. Il faut un état général qui se prête à l'envahissement du cancer et que l'état humoral du plasma sanguin de l'individu y soit propice.

III. Le cancer ulcéré de l'amygdale ne peut pas produire une affection gingivo-dentaire, puisque cette dernière existe toujours non seulement avec le cancer non ulcéré de l'amygdale, mais encore avec le cancer de l'œsophage, même du cardia.

IV. L'odeur du cancer est analogue à celle de la gingivite tannique grisâtre et fétide et à celle de la pyorrhée alvéolaire.

Ceci semble démontrer que ces maladies s'embarrassent de substances chimiques à vibration moléculaires périodiques de même fréquence. Cette gingivite et ce cancer se chargent donc, l'un comme l'autre, de produits chimiques analogues, c'est-à-dire que ceux de la gingivite pourraient bien être également cancérigènes.

V. Autour de tout foyer tumoral il y a une zone inflammatoire, comme cela se passe autour de toute infection similaire. Ce fait semble devoir rattacher la cancérisation à une infection.

Et de tous ces faits, Heyninx conclut que pour faire du cancer, il faut satisfaire à trois conditions, « du reste communes à toutes infections tissulaires ».

1° Il faut que le terrain du sujet soit propice à l'infection cancéreuse ; que l'état humoral de son plasma sanguin concorde avec un état précancéreux.

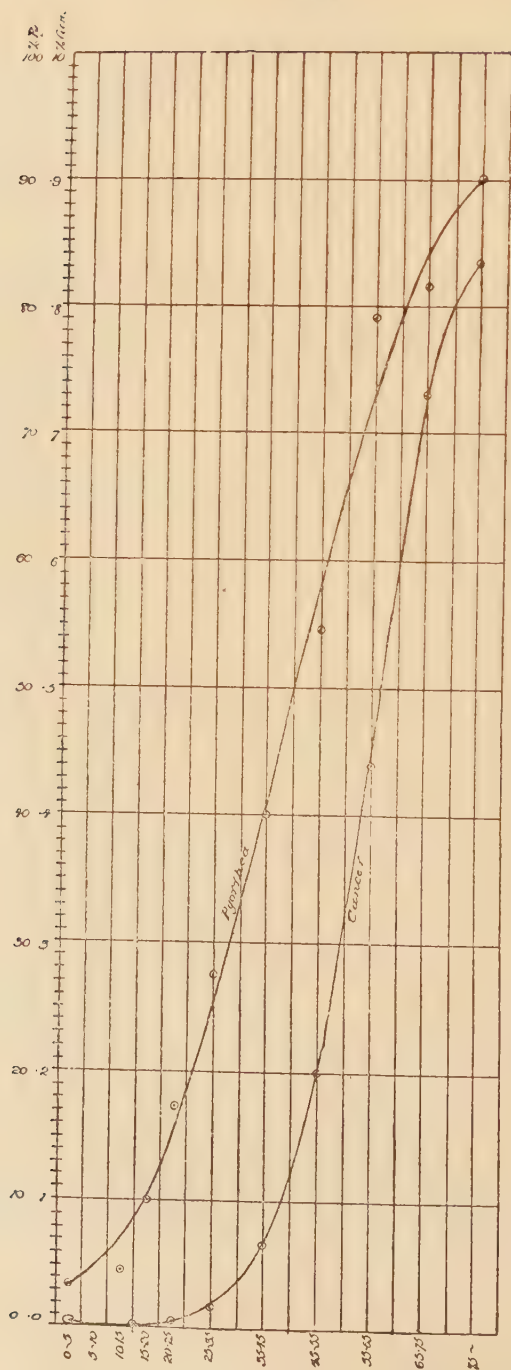
2° Il faut que la porte d'entrée soit longtemps ouverte à l'infection : *irritation prolongée ouvrant la porte à l'infection à plus ou moins longue échéance.*

3° Il faut que les germes infectieux cancérigènes arrivent jusqu'à cette porte ouverte à l'infection.

Cette théorie infectieuse du cancer a ses partisans : Blumenthal, Gye et Barnard l'ont étayée par des travaux qui présentent un très grand intérêt. Ils ne disent pas cependant d'où viennent ces germes cancérigènes et nous restons encore dans l'ignorance sur leur origine et leur premier habitat humain.

Heyninx demande si en fin de compte les germes cancérigènes ne comptent pas parmi les bactéries gingivo-dentaires déjà connues ou s'il faudra encore découvrir de nouveaux microbes dans le tartre dentaire. Il pense qu'il faut tout d'abord rechercher si ces dépôts de tartre dentaire gris verdâtre et fétide, toujours présents chez les cancéreux des voies aéro-digestives, ont globalement un pouvoir infectieux cancérigène.

Appliquant ces théories, Heyninx a inoculé à un certain nombre de souris grises un vaccin gingivo-dentaire préparé comme



« Courbe de la septicité chronique » et courbe des cas de cancer mortels observés par Steadman durant les années 1906-1909 en Angleterre et au Pays de Galles.

(Diagramme tiré de l'ouvrage « Pyorrhoea Alveolaris » de Steadman ; Kimpton, London 1927).

suit : trituration du tartre dans de l'eau physiologique à 7,5 % aseptique ; à l'émulsion obtenue de 10 centimètres cubes environ, addition de 0.20 cc. (quatre gouttes) de formol de commerce, laissé en contact avec l'émulsion durant une nuit ; puis centrifugation, lavage du culot à l'eau physiologique stérile ; nouvelle émulsion et contrôle au point de vue stérilité.

Si les multiples expériences auxquelles s'est livré Heyninx l'ont conduit à des résultats vraiment intéressants, — une souris grise a présenté nettement de l'épithélioma spino-cellulaire au point d'inoculation — on ne peut dire cependant qu'elles soient d'une conclusion probante. Il faut ajouter que nombre de circonstances fâcheuses ont entravé la bonne marche de ces expériences qu'Heyninx continue du reste dans des conditions de plus en plus favorables.

Passons maintenant aux observations effectuées par Steadmann. Elles ont porté sur le chiffre impressionnant de 112.801 cancéreux et lui ont permis d'établir « la courbe de la septicité chronique ». Il note sur un même diagramme la fréquence du cancer et de la pyorrhée et les deux courbes obtenues sont à peu près parallèles. On constate aisément qu'elles présentent entre elles une similitude extraordinaire, sauf que la courbe marquant la pyorrhée monte plus rapidement et qu'elle est toujours en avance sur celle du cancer. Cela tendrait à démontrer que la matière septique prend plusieurs années à développer une affection maligne, et que des individus atteints à l'âge de l'adolescence voient la maladie atteindre son processus final vers les soixante-cinq ans, âge où la courbe touche son point culminant. Steadman déclare en effet que même des individus édentés à l'âge adulte sont en puissance de cancer par le fait que pendant les années de leur jeunesse, ils ont constamment ingurgité des matières septiques. Ces faits expliquent pourquoi les deux courbes tendent à se rapprocher de plus en plus dans la période de l'âge adulte. Attaquer énergiquement les causes septiques conduirait à diminuer la proportion du cancer.

OBSERVATIONS

(Steadman). Cas n° 1. A. W., âgé de soixante-quinze ans, a perdu la presque totalité de ses dents. Celles qui lui restent sont entourées de poches de pus qui sourd en pressant sur la gencive. Il ne porte pas d'appareils, mais du côté gauche se trouve un bridge qui est fixé sur la canine et deuxième molaire gauches par des couronnes d'or desquelles s'écoule une grosse quantité de pus. La gencive tout alentour et entre ces couronnes est dans un état d'inflammation chronique. Il y a sous le bridge des rétentions d'aliments en pleine décomposition.

Etat de la langue : Du côté gauche, et correspondant presque exactement à la longueur du pont, il y a une glossite marginale chronique. La langue est en ce point très légèrement enflée et normale en son reste. Il est fort étonnant de constater que cette glossite est aussi strictement localisée à la longueur du bridge, c'est-à-dire qu'elle correspond à la septicité des dents et de la gencive. Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. A. W. a été pendant plusieurs années un grand fumeur, mais y a renoncé depuis un certain temps. L'avulsion du bridge et des dents est conseillée.

(Steadman). Cas n° 2. Mademoiselle E., âgée de cinquante-deux ans, est affligée d'un ulcère de la langue. Toutes les dents sont présentes, sauf $\frac{5 : 7 \quad 8}{7.6 : 6 \quad 7 \quad 8}$, mais sont atteintes de pyorrhée.

Du pus s'échappe des culs-de-sac gingivaux. La deuxième prémolaire gauche est branlante.

Etat de la langue : Glossite nettement délimitée. Du côté gauche, exactement au niveau de la deuxième prémolaire branlante, il y a une partie leucoplasique, lisse et luisante de la gran-

deur d'une petite pièce de monnaie et présentant dans son centre un petit ulcère induré. Les bords tranchants de la couronne de cette dent branlante ont laissé sur la langue des marques au point où elle est en contact avec elle. Aucun ganglion lymphatique sous-maxillaire n'est sensible. Pas d'antécédents syphilitiques. Mademoiselle E. ne fume pas.

Toutes ses dents du côté gauche en haut et en bas sont alors extraites. Une semaine plus tard la glossite du côté gauche disparaît presque, mais il subsiste encore une légère induration. La glossite marginale droite reste sans changement. Extraction des dents qui restent. Quinze jours plus tard, disparition de tout symptôme et la langue redevient normale.

Nous avons à dessein cité ce cas, anodin en apparence, et qui se présente si fréquemment dans la pratique courante, pour montrer simplement que seule l'extraction des dents a empêché l'ulcère de se développer et de conduire à des conséquences graves, voire même cancéreuses.

(Steadman). Cas n° 3. J. F., âgé de 65 ans. Présence de presque toutes les dents. Pyorrhée avancée. Profondes poches de pus. On lui a extrait les molaires inférieures gauches parce qu'elles étaient la cause d'un ulcère de la langue.

Etat de la langue : Glossite superficielle chronique sur l'organe. Toute la langue est enflée. Marques de dents qui disparaissent graduellement après avulsion des dents. A peu près au niveau de la deuxième molaire inférieure gauche se trouve un ulcère malin. Doute de syphilis à l'âge de dix-huit ans. Il fumait environ cinquante grammes de tabac par jour depuis quarante ans. Toutes les dents du côté gauche et les molaires du côté droit sont alors extraites. Trois semaines après on remarque une amélioration. L'inflammation est en diminution. La langue est moins enflée et moins marquée par les dents qui restent. L'ulcère lui-même paraît diminuer, mais garde une malignité évidente.

(Steadman). Cas n° 4. C. W., âgé de 59 ans. Ce patient a une pyorrhée avancée. Profondes poches de pus autour des dents.

Celles du côté droit ont été extraites par ordre du médecin « à cause de leur grande septicité ».

Etat de la langue : Avant l'extraction des dents du côté droit, il y avait un ulcère qui tendait à devenir malin. Glossite du côté gauche où il y a des dents, mais aucun signe d'inflammation du côté droit où les dents ont été extraites. Aucun antécédent syphilitique. C. W. fume depuis plusieurs années, mais modérément.

En résumé, analogie entre ces 4 cas : soit, glossite partout où il y a des dents septiques, disparaissant sitôt après leur avulsion. Dans chaque cas, ajoute Steadman, ces conditions pathologiques sont actuellement reconnues par les médecins du monde entier comme prédisposant au cancer. Dans tous ces cas l'avulsion des dents a suffi comme traitement.

Et l'éminent praticien conclut en se disant convaincu que pour prévenir le cancer de la langue, il ne suffit pas seulement d'extraire quelques dents cariées, mais qu'il faudrait sacrifier toutes celles qui présentent une certaine septicité.

Heyninx arrive à des conclusions identiques : « De récentes statistiques, dit-il, faites à l'Hôpital Brugmann dans un service de médecine (centre des tumeurs) et dans son service d'oto-rhinolaryngologie ont montré que sur 100 épithéliomateux, il y a 100 signatures de pyorrhée ; tandis que sur 100 malades quelconques d'hôpital de plus de quarante ans, (âge du cancer) il n'y a que 50 signatures de pyorrhée ».

Il déclare également qu'au congrès de stomatologie en Amérique, en 1905, on a déjà insisté sur l'association de la pyorrhée et du cancer.

CAS D'OBSERVATIONS PERSONNELLES

Il nous a été donné de constater nombre de cas de néoplasme de la langue et du plancher de la bouche à la clinique d'oto-rhino-laryngologie de l'Université de Genève, (Prof. Pognat) et dans tous ces cas-là il y avait des signes indéniables de pyorrhée. La plupart des malades qui nous ont été présentés avait la dentition dans un état d'infection incroyable.

A. — X., âgé d'une cinquantaine d'années, est affligé d'un néoplasme du côté droit localisé sur la gencive immédiatement en arrière de la deuxième prémolaire droite. Cette dent est particulièrement branlante et laisse sourdre du pus en abondance. L'état de la maladie est très avancé. Le patient a toute l'apparence du cachectique par la couleur terreuse caractéristique pour les cancéreux. La déglutition est difficile, la parole est très malaisée. Cas désespéré.

B. — Z., âgée d'une soixantaine d'années, ménagère, possède presque toutes ses dents à l'exception des grosses molaires inférieures, réduites à l'état de chicots. Les dents qui restent sont fortement déchaussées et branlantes. Quantité étonnante de tartre. Feston gingival très enflammé.

Etat de la langue : Au niveau de la première prémolaire droite, elle apparaît ulcérée et laissant de ce fait suinter de la sanie. L'avulsion des dents s'impose d'urgence, mais vient cependant un peu tard vu la grosseur déjà suspecte du néoplasme.

Les deux cas ci-dessus résument bien ce qu'il nous est donné de voir journellement en clinique. Le malade se plaint généralement d'une gêne d'élocution et de déglutition, mais sans se préoccuper outre mesure de l'état parfois infect de sa dentition. Il est extraordinaire de devoir constater que l'effroi de l'intervention

du dentiste est souvent cause d'une négligence sans bornes. Voilà des gens qui oublient totalement à quel point les aliments qu'ils ingèrent sont empoisonnés par le pus qui est en permanence dans leur cavité buccale. Et ils sont légion, ces êtres-là !

Ils préféreraient souffrir pendant des mois, voir leurs repas devenir un supplice, supporter toutes les conséquences d'aliments mal mastiqués qui leur causent des troubles d'estomac, subir des nuits d'insomnie passées à endurer un vrai martyre, alors qu'il paraîtrait d'une hygiène si élémentaire de recourir aux soins d'un praticien.

Le cas dont nous allons donner la relation et sur lequel nous nous étendrons plus longuement est en fait celui qui nous a déterminé à étudier de plus près la pyorrhée en relation avec le cancer. Il nous a d'autant plus intéressé que le patient en question fut traité à maintes reprises à notre cabinet dentaire et que nous avons suivi sa maladie tout au long de son évolution.

A. Gr. se présente donc pour la première fois à notre consultation en juillet 1926. Il s'agissait d'extraire deux dents (première molaire et deuxième prémolaire inférieures droites).

Le patient, né en 1876, est ouvrier de fabrique. — Anamnèse : Mère décédée à 56 ans, père à 62 ans, deux frères et une sœur en santé. Conjointe en santé. Pas d'enfant.

1 as de maladie grave dans son enfance, a fait tout son service militaire, mais a cependant toujours souffert des dents.

Etat de la bouche : Présence de toutes les dents à l'exception des molaires supérieures gauches et droites et des deuxième et troisième molaires inférieures gauches et droites. Les dents qui restent sont fortement déchaussées, branlantes, et laissent sourdre un pus fétide. L'inflammation des gencives est générale.

Etat de la langue à la même date : Tout le plancher de la bouche est violacé, et des écorchures s'observent sur la langue, mais nous ne remarquons aucune trace d'enflure.

Tôt après l'extraction de la première molaire et de la deuxième prémolaire, le malade se plaint de vives douleurs. Craignant une

infection grave dans une bouche aussi délabrée, son hospitalisation est réclamée à l'Infirmierie de Nyon.

Collutoires antiseptiques .

Après trois semaines, le malade reprend ses forces, mais continue à se plaindre de vives douleurs.

Après nouvel examen de la bouche, nous procédons à deux nouvelles extractions : celles de la canine et de la première prémolaire droites.

Le patient semble momentanément soulagé, mais le plancher de la bouche reste violacé, et bientôt les douleurs reprennent plus violentes.

Nous sommes maintenant à fin août 1926. L'état du malade paraît nettement s'aggraver et un nouvel examen nous laisse supposer que ce cas pourrait être cancéreux.

Nous estimons urgent de le faire mettre en observation dans un centre anticancéreux. Ce qui a lieu.

A. Gr., étant d'origine neuchâteloise, est envoyé à Couvet, puis de là à La Chaux-de-Fonds. Il revient à Nyon, nous consulte à nouveau et nous pouvons nous rendre compte qu'aucune amélioration ne s'est produite, mais qu'au contraire son cas se présente sous le status suivant :

Le malade est pâle et amaigri ; son air est inquiet, souffrant ; il ne peut pas parler ; on a énormément de peine à le comprendre. Il crache beaucoup, ne peut avaler sa salive, qui est très abondante. Son haleine est fétide. Il respire relativement facilement par le nez. La respiration par la bouche est gênée, bruyante.

La langue ne paraît pas agrandie, mais elle est infiltrée, ulcérée sous sa pointe et refoulée en arrière et à gauche par une tumeur remplissant tout l'espace compris entre les deux branches horizontales du maxillaire inférieur, tombant dans l'arrière-bouche et empêchant de voir le pharynx. Cette tumeur se continue en bas jusqu'à deux doigts de la fourchette sternale, fixant la peau. A gauche, elle descend en pointe entre le sterno-cleïdo-mastoïdien et la clavicule, laissant la peau intacte, sauf sur le bord du maxillaire, où elle est un peu fixée. A droite, la tumeur enrobe

la branche horizontale du maxillaire et tombe dans la direction du tiers moyen de la clavicule. La tumeur, jeune à sa partie supérieure, est dure vers son bord inférieur.

On palpe deux ganglions très voisins et accolés à la pointe de la tumeur à droite, et trois ganglions fixés derrière le sternocléido-mastoïdien, à gauche, vers son tiers intérieur.

Il est alors évacué sur l'Hôpital de Lausanne.

A part les observations faites par nous-même, et concordant entièrement avec celles qui sont faites à l'Hôpital, les précisions suivantes sont à noter :

Cœur : rien de pathologique.

Poumon : rien de pathologique.

Urine : pas d'albumine.

Pas de fièvre.

A son arrivée, le 1er mai 1927, on diagnostique un carcinome du plancher de la bouche. Le malade ne peut absorber que des aliments liquides.

Traitement : Radiothérapeutique.

(12-15 millicuries réparties sur 8 aiguilles avec filtre de 5/10 de platine.)

Gargarismes au glucose.

Sortie de l'Hôpital le 25 mai 1927, son état marquant une très nette amélioration, notable dans l'état subjectif et objectif. Disparition presque complète de la tuméfaction. Diminution très nette de la masse ganglionnaire. Déglutition facile, douleurs fortement diminuées, de même que la salivation.

A. Gr. reprend alors son travail, et quelques mois se passent dans des conditions relativement normales.

Mais l'affection dont il est frappé se ravive à nouveau vers la fin de cette année 1927, augmente d'intensité dans la première quinzaine de janvier 1928 et nécessite un nouveau séjour à l'Hôpital cantonal, où il entre le 24 janvier 1928. Son état étant jugé désespéré, il est renvoyé à Nyon le 28 de ce même mois.

Il décline rapidement et le décès survient au milieu de février 1928.

Cas communiqué par le Professeur Veyrassat.

Homme de 67 ans. Horticulteur, fleuriste, actuellement retiré des affaires, a vécu sa jeunesse à Paris, mal logé en ce temps-là : a toujours mangé à des heures irrégulières par suite des exigences de sa profession. A Genève, a habité, à Florissant, dans une villa dont il a été jardinier pendant 12 ans. — puis dans des appartements de la ville : — avait un magasin de fleurs et cette profession l'obligeait souvent à manger très tard, à n'importe quelle heure. Pas de syphilis avouée. Marié sans enfant. Habite depuis quelques années un appartement dans une maison de construction assez récente, rue de Rive.

Antécédents pathologiques : Rien de particulier, bonne santé habituelle, sauf depuis quelques années un peu de tendance à toussailer l'hiver, légère bronchite chronique. Hernie vésicale droite et porte un bandage. Le 13 septembre 1926, il vient nous consulter pour une inflammation de la mâchoire supérieure, traitée sans succès par son dentiste. Nous constatons qu'il présente, au niveau de la mâchoire supérieure, une ulcération épithéliomateuse occupant le rebord alvéolaire depuis la dernière canine droite (seule dent existant encore sur ce rebord, toutes les dents supérieures sauf celle-là sont enlevées) jusqu'au niveau de la place qu'occupait la première incisive supérieure. Cette ulcération s'est nettement développée au niveau d'un foyer pyorrhéique de la base de la dernière canine supérieure droite. Elle s'étend jusqu'à la commissure de la muqueuse gingivale et de la muqueuse labiale. Il existe en ce point une induration typique qu'on sent à travers la lèvre. L'extension néoplasique se fait d'ailleurs vers la peau de l'aile droite du nez et de la lèvre supérieure, point dont la rougeur apparaît déjà extérieurement et qui fut pris pour un phlegmon. Toute cette région est dure et la région labiale est déjà un peu adhérente au maxillaire.

Diagnostic : Epithélioma développé au niveau d'une ulcération de pyorrhée. Pas de ganglions appréciables.

Les dents inférieures sont le siège de lésions de pyorrhée, dé-

chaussées ; les incisives inférieures sont représentées par des chicots purulents.

Traitement : Avulsion de toutes les dents, ou du moins de tout ce qui reste en fait de dents. Application de radium. Le 21 septembre 1926 a vu le Docteur Wassmer. Un tube d'émanation est insinué et fixé entre la lèvre et la gencive et maintenu pendant 24 heures. Il est bien supporté. Les premiers jours, aucun phénomène spécial, mais huit à dix jours après, apparition de plaques rouges sur la lèvre inférieure, sur la langue du côté droit et sur les bords de la surface ulcérée. Ces plaques se recouvrent en peu de temps de fausses membranes jaunâtres. Le bord droit de la langue, son tiers antérieur droit sont le siège d'une brûlure très douloureuse. Le malade ne peut dormir, ses lèvres se collent, sa bouche est empâtée. Il ne peut supporter aucun aliment solide, aucune boisson salée ou acide. Abondants lavages de bouche et gargarismes avec de l'eau oxygénée diluée, de l'eau légèrement iodée. La situation reste stationnaire pendant dix-huit jours, mais l'induration et le point rouge ont disparu. Lavages à la novocaïne pour anesthésier la langue et permettre une alimentation solide, l'urgations fréquentes. Le 30 octobre, amélioration. La brûlure de la lèvre inférieure diminue d'étendue. La cicatrisation se fait totale sur la muqueuse des gencives et de la bouche, mais une induration plus étendue se marque sur le bord de la joue au voisinage de la narine droite.

En janvier 1927, on refait une application de radium ; émanation sur la joue droite pendant 24 heures. Malgré cela, le néoplasme augmente dans la profondeur du maxillaire supérieur droit et finalement il ulcère le bord de la narine droite. Odeur nauséabonde. Cachexie progressive et mort en juin 1927 avec des phénomènes d'infection pulmonaire.

En somme, échec du traitement au radium, qui a cicatrisé la surface muqueuse buccale, mais a paru refouler en dedans, dans le maxillaire, le processus néoplasique.

ÉTUDE CRITIQUE

Nous voyons par les cas qui viennent d'être étudiés à quelles conséquences graves peut conduire la pyorrhée. La recherche de son mécanisme d'action et les moyens thérapeutiques pour la combattre doivent passer au premier plan des préoccupations du praticien.

Le traitement de la pyorrhée alvéolaire prend bien, dans la pratique quotidienne, une extension qui va sans cesse croissant, mais trop souvent on néglige encore cette redoutable affection. Généralement le patient ignore son mal, ou du moins ne s'en plaint guère à ses débuts, parce qu'indolore.

Bien plus anodine nous paraît la carie dentaire ; par les douleurs intolérables qu'elle provoque, elle jette l'alarme avant de manifester des formes plus graves.

La marche de la pyorrhée est lente, insidieuse, chronique ; l'agacement que ressent le patient ne suffit pas le plus souvent à l'inquiéter. Si lent est même le progrès de cette maladie qu'elle peut mettre 25 à 50 ans — ou même davantage — jusqu'au moment où elle provoquera des troubles sérieux, — apparents du moins.

De tout ce qui précède, nous pouvons admettre que le cancer ne se présente pas, à son début, comme une maladie générale et qu'il s'agit de rechercher quelle est la lésion locale qui a pu déterminer cette redoutable affection.

Remarquons d'abord l'unanimité des médecins sur le point suivant : Toute irritation chronique prédispose au cancer. Nous estimons cependant qu'il faut élargir cette formule, un peu trop abrupte, en reconnaissant que toute lésion ancienne peut occasionner une tumeur maligne (leucoplasie). Nous en avons pour preuve des faits nombreux : la fréquence des néoplasmes chez

les individus, conséquence de la profession qu'ils exercent (cancer scrotal chez les ramoneurs ; cancer de l'épaule chez les bacheliers ; chez les radiologistes, aux genoux des parqueteurs, etc.).

Parmi les affections chroniques dont il a été question, la pyorrhée ne figure-t-elle pas au premier plan ? En effet, c'est au niveau des dents atteintes de pyorrhée que se manifeste une inflammation chronique qui se mue en cicatrice. Cette dernière sera particulièrement longue à se réparer, étant donné la septicité du milieu et l'action dissolvante de certains sucs bucaux.

La cicatrice demeure donc, et c'est elle qui sera le point de départ le plus commun des tumeurs malignes.

Les cicatrices buccales ne sont pas seules à produire du cancer ; on voit de même d'anciens ulcères gastriques causer cette affection-là, ainsi que la leucoplasie, les anciennes brûlures, des plaques de lupus.

A tout cela s'ajoutent en outre les vieilles lésions syphilitiques, tuberculeuses, ou variqueuses, les infections parasitaires les plus diverses, qui entraînent également des irritations à longue durée et des cicatrices qui sont le point de départ de néoplasmes malins.

Les faits ci-dessus ont conduit Lumière à conclure comme suit : « Dans l'immense majorité des cas, les néoplasies malignes apparaissent sur des lésions cicatricielles, quelles que soient les causes mécaniques physiques, chimiques ou microbiennes qui les ont engendrées. »

Et il se pose à ce sujet deux questions :

1° « La formation d'une cicatrice est-elle nécessaire et indispensable à la genèse du cancer ? »

2° « Pourquoi certaines cicatrices sont-elles frappées de dégénérescence cancéreuse alors que d'autres ne donnent pas lieu aux phénomènes de prolifération cellulaire indéfinie qui caractérisent les tumeurs malignes ? »

Pour répondre à la première question, Lumière montre un parallélisme incontestable entre la fréquence du cancer et la fréquence des lésions cicatricielles. Cependant, il remarque que,

dans nombre de cas, la dégénérescence cancéreuse ne se produit que s'il y a eu préalablement une altération tissulaire. Mais il s'agit de voir pourquoi, et comment, certaines lésions seules dégènèrent, alors que nombre d'entre elles ne produisent pas de cancérisation. « Il faut, dit-il, que la cicatrice, au bout d'un temps très long, soit soumise à un traumatisme secondaire tel qu'une érosion, une piqûre, un coup ; aussitôt après ce traumatisme, la multiplication rapide des cellules s'opère et le cancer est engendré ».

Voyons maintenant par quel processus cette prolifération engendre le cancer.

Pendant la réparation des cicatrices, si les cellules qui se forment pour reconstituer la muqueuse — à supposer une cicatrice buccale — sont constamment détruites par des causes mécaniques, chimiques ou microbiennes, le tissu producteur de ces cellules doit naturellement fournir de nouveaux éléments. Mais à peine cette cellule est-elle produite qu'elle se détruit, et il faut en faire une autre. L'action prolongée de cette reproduction intensive donne au tissu générateur le pouvoir de se multiplier au même titre que les cellules de l'embryon.

Tout ce qui a été dit précédemment de la pyorrhée, de son pouvoir irritant, générateur de lésions cicatricielles, nous conduit aux conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° D'une manière générale, il est à remarquer que la plupart des sujets atteints de cancer des voies aéro-digestives présentent des lésions pyorrhéiques évoluant depuis longtemps et bien antérieurement à l'apparition de leur néoplasme.

2° La pyorrhée, par l'état d'irritation chronique qu'elle entretient au niveau des gencives, réalise localement les conditions les meilleures pour l'éclosion du cancer.

3° La pyorrhée constitue une cause prédisposante dont il faut tenir le plus grand compte dans la pathogénie du cancer. Elle fait localement, sur les gencives, le lit du cancer, comme la leucoplasie le fait pour la langue.

4° La pyorrhée doit par conséquent être traitée énergiquement et patiemment dès son début.

5° Ce traitement joue un rôle capital dans la prophylaxie des cancers buccaux.

6° La seule intervention qui s'impose, de prime abord, c'est l'avulsion de toute dent suspecte de pyorrhée dont le traitement au vaccin ou toute autre thérapeutique semble devoir être inefficace.

BIBLIOGRAPHIE

- « Précis d'anatomie pathologique ». M. LETULLE et L. NATTAN-LARRIER.
- « De la pathogénie bucco-dentaire du rhumatisme chronique ». Thèse de 1926 de Jules MAGNIN.
- « La Revue de stomatologie ». Décembre 1927. « Un premier résultat de mes recherches expérimentales sur l'étiologie gingivo-dentaire du cancer », par Abel HEYNINX.
- « Le Scalpel ». 2 juin 1928. « Un deuxième résultat de nos recherches expérimentales sur l'étiologie gingivo-dentaire du cancer », par Abel HEYNINX.
- « Introduction à l'étude de la Médecine ». G.-H. ROGER.
- « La Revue de stomatologie ». Mai 1921. « Septicité bucco-dentaire », par TELLIER.
- « Maladies des dents et de la bouche ». A. PONT.
- « Les renseignements tirés de la biopsie dans les cancers de la cavité buccale ». G. ROUSSY.
- « Infections générales et cavité buccale ». L. ROUSSEAU-DECELLE.
- « Pyorrhoea alveolaris. Its Aetiology, pathology... », by F. St. J. STEADMAN. « Oral sepsis in relation to cancer » (chapter IX).
- « Le cancer, maladie des cicatrices ». LUMIERE. 1929.
-

